

UPITNIK O PRIHVATLJIVOSTI DARIVATELJA ORGANA I TKIVA

PODACI O DARIVATELJU	
Ime i prezime darivatelja	
Datum rođenja	
Spol	
NTM broj	
Matični broj	
ET broj	

Šifra	Pitanje	Odgovor*		
		DA	NE	NP
1.	ZARAZNE BOLESTI: Je li darivatelj u trenutku smrti imao			
1.a	stečeni sindrom imunodeficijencije (AIDS)			
1.b	aktivni hepatitis			
1.c	encefalitis-virusni ili nepoznatog uzroka			
1.d	meningitis-virusni ili nepoznatog uzroka			
1.e	bakterijski endokarditis			
1.f	progresivnu multifokalnu leukoencefalopatiju			
1.g	akutni sklerozirajući panencefalitis			
1.h	infekciju humanim T-staničnim limfotropičnim virusom (HTLV 1 i HTLV 2)			
1.i	drugu aktivnu zaraznu bolest: tuberkulozu, malariju, bjesnoću, ospice, šarlah, difteriju, male boginje, tifus, lepru (<i>zaokružiti</i>)			
1.j	protozoonozu (Q-groznicu, brucelozu)			
1.k	ostalo (<i>specificirati</i>)			
2.	SISTEMSKA INFEKCIJA: Je li darivatelj u trenutku smrti imao			
2.a	akutnu viremiju			
2.b	akutnu sistemsku gljivičnu infekciju			
2.c	bakterijemiju (<i>navesti uzročnika</i>)			
3.	RIZIK PRIJENOSA PRIONA: Je li darivatelj			
3.a	bolovao od Creutzfeldt-Jakobovu bolest ili imao bolest u obitelji			
3.b	bolovao od progresivne demenciju s brzim razvojem			
3.c	bio liječen ljudskim hormonom raste			
3.d	transplantiran s ljudskom tvrdom moždanom ovojnicom (dura mater)			
3.e	imao ranije neurokirurške operacije bez detaljne medicinske dokumentacije			
4.	MALIGNNE BOLESTI: Je li darivatelj bolovao od			
4.a	leukemije			
4.b	limfoma (Hodgkinov; ne-Hodgkinov; limfosarkom, limfomatoidnu granulomatozu)			
4.c	mijeloma			
4.d	primarne policitemije vere			
4.e	malignog melanoma			
4.f	korion karcinoma			
4.g	ostalih malignih bolesti			
4.h	aktivne maligne bolesti na bilo kojoj lokaciji (osim nekih primarnih, nemetastazirajućih tumora centralnog živčanog sustava kao i liječenih, rijetko metastazirajućih tumora niskog rizika)			

Šifra	Pitanje	*Odgovor		
		DA	NE	NP
5.	NEUROLOŠKE BOLESTI: je li darivatelj bolovao od			
5.a	kronične idiopatske demijelinizirajuća polineuropatija			
5.b	amiotrofične lateralne skleroze			
5.c	multiple skleroze Huntingtonove bolesti			
5.d	Guillain-Barreovog sindroma			
5.e	Alzheimerove bolesti ili druge demencije			
5.f	Parkinsonove bolesti			
5.g	bilo koje degenerativne ili demijelinizirajuće bolesti centralnog živčanog sustava			
6.	RIZIK PRIJENOSA ZARAZNIH BOLESTI: Je li darivatelj:			
6.a	imao stupanj hemodilucije koji može dati nepouzdana rezultata testiranja na biljege zaraznih bolesti			
6.b	bio u kroničnom programu hemodijalize			
6.c	dugotrajno liječen kortikosteroidima (≥ 10 mg/dan/4 god. ili ≥ 20 mg/dan/1 god)			
6.d	imao transplantaciju tkiva i organa			
6.e	imao žuticu ili hepatomegaliju nepoznatog uzroka			
6.f	bio cijepljen sa živim vakcinama unutar 4 tjedana			
6.g	imao hemofiliju ili drugu srodnu bolest te je bio liječen s koncentratima čimbenika zgrušavanja			
6.h	uzimao parenteralno, intravenozno, intramuskularno, potkožno lijekove koje nije propisao liječnik unutar 12 mjeseci			
6.i	bio u bliskom kontaktu (isto domaćinstvo) s osobom koja je imala virusni hepatitis (osim HVA)			
6.j	bio izložen HBV, HCV i HIV-u perkutanom inokulacijom, putem sluznica ili ozlijeđene kože unutar 12 mjeseci			
6.k	imao tetovažu, piercing ili akupunkturu unutar 12 mjeseci (ukoliko nije upotrijebljena jednokratna ili sterilna igla ili oprema)			
6.l	ikada bio odbijen kao darivatelj krvi (zašto)			
6.m	imao gonoreju ili sifilis ili je liječen od tih bolesti unutar 12 mjeseci			
6.n	imao seksualne odnose za novac ili drogu unutar 12 mjeseci			
6.o	<i>samo za muškarce</i> : imao seksualni odnos s muškarcem unutar 12 mjeseci			
6.p	boravio u zatvoru duže od 72 sata unutar posljednjih 12 mjeseci			
6.r	Dijete majki s HIV infekcijom ili majki čije je ponašanje faktor rizika za zarazu HIV-om (osim ako se HIV infekcija može sa sigurnošću isključiti u djeteta). Djecu mlađu od 18 mjeseci ili koja su dojena u posljednjih dvanaest mjeseci ne treba prihvaćati kao darivatelje bez obzira na rezultate testova na HIV			
	Je li darivatelj u posljednjih 12 mjeseci imao seksualni odnos s osobom:			
6.s	koja je imala seksualne odnose s osobom zaraženom s HIV-om ili hepatitisom B i C			
6.š	uzimala parenteralno, intravenozno, intramuskularno, potkožno lijekove koje nije propisao liječnik			
6.t	koja je bila seksualno aktivna u područjima visoke incidencije HIV infekcije (HIV tip 0)			
6.u	koja je imala seksualne odnose za novac ili drogu			
6.v	<i>Ako je darivatelj žena</i> : s muškarcem koji je imao seksualni odnos s muškarcem			
	Je li darivatelj imao povećane rizike na COVID-19 infekciju:			
6.z	* postoje li/jesu li postojali neki simptomi infektivne bolesti ili ih ima netko u bliskoj obitelji donora (povišena tjelesna temperatura, simptomi od strane gornjeg dišnog sustava-kašalj, grlobolja, kratki dah, umor)?			
6.ž	* bio u izravnom kontaktu s osobom kod koje je potvrđena infekcija virusom COVID-19?			

Šifra	Pitanje	*Odgovor		
		DA	NE	NP
7.	PUTOVANJA: Je li darivatelj			
7.a	boravio u Velikoj Britaniji od 1986. do 1997. godine duže od 6 mjeseci			
7.b	putovao u zemlje s endemskim prijenosnim bolestima kao što su malarija, tripanosoma, bjesnoća, virus zapadnog Nila i ostalo (www.CDC.gov)			
7.c	boravio na području s prisutnošću HIV subtipa O			
7.d	* putovao/boravio izvan Hrvatske u rizičnim područjima za infekciju COVID-19, kada i gdje, kada je bio povratak? (https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases)			
8	OSTALO: Je li darivatelj			
8.a	bolovao od bolesti nepoznatog uzroka			

*DA, NE, NP-Nepoznato

Ime i prezime osobe koja je davala podatke	Telefon
Adresa:	
Srodstvo s darivateljem <input type="checkbox"/> supružnik <input type="checkbox"/> dijete <input type="checkbox"/> roditelj <input type="checkbox"/> unuk <input type="checkbox"/> baka/djed <input type="checkbox"/> rođak <input type="checkbox"/> skrbnik	
<i>Pitanja sam razumio/la i na njih odgovorio/la najbolje što znam. Moji odgovori su iskreni.</i>	
Potpis	Datum

Ime i prezime koordinatora	Potpis	Datum
Ime i prezime osobe koja je pregledala medicinsku dokumentaciju	Potpis	Datum

Šifra	Pitanje	*Odgovor		
		DA	NE	NP
1.	OKO: Je li darivatelj imao			
1.a	uveitis (uključivši sistemske bolesti: sarkoidoze, reumatoidni artritis)			
1.b	kongenitalne bolesti i anomalije oka			
1.c	prethodne operacije očne jabučice, uključivši transplantacije očnih tkiva (zahvati na rožnici, skleri ili transplantacija limfnog grafta)			
1.d	maligne bolesti očne jabučice (retinoblastom, melanom)			
1.e	kornelana distrofija i keratokonus			
2.	KARDIOVASKULARNI SUSTAV: Je li darivatelj imao			
2.a	endokarditis			
2.b	miokarditis			
2.c	reumatsku ili drugu valvularnu bolest srca			
2.d	kongenitalne bolesti srca			
2.e	bolesti koronarnih arterija			
2.f	diletacijske miokardiopatije			
2.g	traume srca ili prsišta, posebice probojne traume (uključujući intrakardijalnu inekciju)			
2.h	reanimaciju srca			
2.i	bolest ili operaciju srčanog zalistka			

3.	KOŽA: Je li darivatelj			
3.a	imao akutnu toksičnost kože s poznatim toksičnim kemikalijama, agensima i otrovima			
3.b	autoimunih bolesti i bolesti kolagenog tkiva (sarkoidoza, reumatoidni artritis)			
3.c	bio liječen radioterapijom ili kemoterapijom			
3.d	imao maligni madež			
4.	MISIĆNO KOŠTANI SUSTAV: Je li darivatelj imao			
4.a	lokaliziranu iradijaciju, infekciju ili akutnu intoksikaciju (cijanid, olovo, živa ili zlato)			

*DA, NE, NP- Nepoznato

Ime i prezime osobe koja je davala podatke	Telefon	
Adresa:		
Srodstvo s darivateljem <input type="checkbox"/> supružnik <input type="checkbox"/> dijete <input type="checkbox"/> roditelj <input type="checkbox"/> unuk <input type="checkbox"/> baka/djed <input type="checkbox"/> rođak <input type="checkbox"/> skrbnik		
<i>Pitanja sam razumio/la i na njih odgovorio/la najbolje što znam. Moji odgovori su iskreni.</i>		
Potpis	Datum	
Ime i prezime koordinatora	Potpis	Datum
Ime i prezime osobe koja je pregledala medicinsku dokumentaciju	Potpis	Datum

UPUTE O TESTIRANJU NA COVID-19:

Ukoliko ste imali pozitivan odgovor na jedno od pitanja označenih zvjezdicom (*) - 6.z, 6.ž, 7.d:

Uzorke oboljele osobe sa sumnjom na COVID-19 šalju se u laboratorij Klinike za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“ uz prethodnu najavu na navedeni kontakt telefon:

- 01/2826-283 tijekom radnog vremena (ponedjeljak – petak)
- 091/4012-687 izvan gore navedenog vremena

Adresa:

Klinika za infektivne bolesti „Dr. Fran Mihaljević“
Jedinica za znanstvena istraživanja
Mirogojska 8, 10000 Zagreb